

DEUX SEMAINES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE ALI ABAD À KABOUL avril 2003

1. INTRODUCTION

Au cours d'un premier voyage en Afghanistan pendant 3 semaines en Octobre 2002, j'avais pu prendre contact avec le système hospitalier de Kaboul.

Un certain nombre de renseignements m'avaient été donnés au cours de discussions avec le Docteur Tissot, médecin de l'ambassade, puis avec le Docteur Eric Van Ganse, alors en mission d'enseignement (Epidémiologie), et avec Madame Anne Pasquier, responsable locale de l'association MRCA, qui gérait avec le MoPH l'hôpital de Charikar ainsi que les activités de chirurgie réparatrice de l'hôpital Maiwand.

J'avais également pu lire le rapport des experts français de mai 2002 « Offre de soins et système de référence hospitalier à Kaboul », et le rapport de mission du Docteur Jean-Charles Pasquier (Obstétrique – juillet 2002).

Enfin, j'avais pu avoir des contacts directs avec le service de Chirurgie Générale de l'hôpital Wazir Akbar Khan (Chef de Service : Professeur Tawana). Ces contacts, limités à trois visites matinales, m'avaient permis de constater que, malgré le très grand manque de moyens, l'activité de ce service était importante, que des pathologies graves y étaient traitées, que les suites opératoires semblaient simples, et que toute l'activité du service se déroulait selon une organisation très structurée, avec des préoccupations de recherche de qualité, tant au point de vue médical, qu'au point de vue de l'hygiène et de l'asepsie.

Après ce voyage, qui avait été un premier contact pour moi avec l'Afghanistan, et qui avait été grandement facilité par la connaissance qu'a mon épouse du pays et de la langue, nous avons décidé de revenir durant le mois d'avril, elle, pour continuer un travail sur la nutrition traditionnelle et le sevrage, moi, pour explorer les possibilités de coopération entre des hôpitaux non universitaires français et les hôpitaux afghans.

2. L'HOPITAL ALI ABAD

L'hôpital actuel est abrité dans les locaux d'une ancienne maternité depuis le rapatriement de ses activités après sa destruction totale en 1993-1994. Il s'agit du plus ancien hôpital universitaire de Kaboul, et il se trouvait autrefois à proximité de la Faculté de Médecine.

Le rapport « Offre de soins et système de référence hospitalier à Kaboul » dit que sa capacité est de 200 lits, ce qui me paraît vraisemblable, avec une grande majorité de lits de chirurgie. Tous les chefs de service sont des universitaires.

Les locaux, qui sont anciens et mal adaptés, ont été récemment repeints. Ils sont disposés autour d'un jardin central, dans lequel un centre d'endoscopie est en construction.

Les locaux communs et les salles d'hospitalisation sont très bien entretenus : le lessivage des sols est fait tous les jours, celui des murs une fois par semaine. Les équipements hôteliers sont assez anciens, en assez bon état, mais il semble que le traitement du linge soit un gros problème : linge porteur de « taches propres », vêtements du personnel médical ou paramédical difficiles à changer.

J'ai vu deux blocs opératoires, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes. Ils sont partagés entre les services. Il semble exister un bloc particulier pour les hommes du service d'urologie, d'après le rapport cité plus haut.

Je n'ai pas visité le service de radiologie ; j'ai seulement vu une salle contenant deux échographes, en bon état et les échographies que j'ai vues m'ont semblé de qualité correcte. Par contre, le laboratoire de biochimie m'a semblé très sous-équipé : il n'est pas possible d'avoir un ionogramme, seules l'urée, la créatinine et la glycémie sont dosées. Il est possible d'avoir des transaminases, une bilirubine. Je n'ai pas pu étudier précisément ce que pouvaient faire les laboratoire d'hématologie et de bactériologie.

3. DEROULEMENT DU SEJOUR

Le premier jour, j'ai été présenté par le Docteur Latif au Professeur EXEER, directeur de l'Hôpital Ali Abad et chef du service de cardiologie, et au Professeur Farid ADEL, Chef du Service de Chirurgie Viscérale, avec qui nous avons visité l'hôpital et en particulier le Service de Chirurgie. Cette visite, comme toute la suite de mon séjour, a été grandement facilitée par la présence constante d'un médecin parfaitement francophone qui, à la demande de l'ambassade de France, m'a servi d'interprète et m'a aidé tout au long de mon séjour.

Les jours suivants, mon activité débutait à 8 heures 30 avec la réunion matinale du service, puis se poursuivait par des activités de visite en salle ou de bloc opératoire. En début d'après-midi, j'ai eu l'opportunité de faire 3 conférences d'une heure sur la pratique actuelle de la chirurgie en France.

Les activités de la semaine se terminent le jeudi, vers 13 heures et reprennent le samedi à 8 heures 30.

J'ai donc passé 10 jours dans le service du Professeur Adel, du 5 avril au 15 avril. Cela est extrêmement court pour faire une analyse fine du fonctionnement de ce service, mais me paraît suffisant pour avoir une idée des possibilités de coopération.

4. LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE DU PROFESSEUR FARID ADEL

4.1. Le personnel médical

Il comprend le chef de service, deux adjoints ; l'un est l'adjoint hospitalier, l'autre, qui est une femme, est l'adjoint universitaire. Leurs responsabilités dans le service semblent identiques, je les comparerais à celles d'un praticien hospitalier non chef de service en France. Il y a une douzaine d'autres médecins, tous en cours de spécialisation, à des niveaux différents de leur formation.

4.2. Les unités d'hospitalisation

Il y a 3 salles d'hospitalisation pour les femmes, dont 2 salles « ordinaires » de 4 et 8 lits, et une salle de postopératoire de 8 lits, qui est partagée avec les autres services de chirurgie. Il y a 5 salles d'hospitalisation pour les hommes, dont 3 salles « ordinaires » de 4 à 12 lits, une salle septique de 5 lits et une salle de postopératoire de 8 lits, propre au service. Au total, il faut donc compter une disponibilité d'environ 30 lits pour les hommes et de 15 lits pour les femmes.

4.3. Le personnel non médical

Le personnel paramédical est du même sexe que les patients des unités d'hospitalisation ou des blocs opératoires. Il m'a été difficile de voir qui était le responsable, qui était infirmier, qui était aide-soignant. Mon impression est que le personnel soignant paramédical est proportionnellement moins nombreux que le personnel médical. Quant aux personnels de service, il m'a semblé nombreux et efficace.

4.4. Les patients soignés

Ce sont des patients de chirurgie viscérale, à l'exception de l'urologie. Il y a une importante activité de chirurgie pariétale et proctologique, mais aussi des interventions sur les voies biliaires, sur la thyroïde, les seins, les organes génitaux féminins, le tube digestif. Il y a une population de malades très diversifiée, avec une proportion de malades lourds qui m'a paru importante : j'ai vu ainsi entrer, entre autres, en 10 jours de présence, un patient ayant un cancer du 1/3 moyen de l'œsophage, un autre ayant un cancer du pancréas, un ayant un cancer de l'estomac. En revanche, je n'ai pas vu de patients accidentés, mais il est possible que l'absence de service d'orthopédie dans l'hôpital fasse diriger tous les accidentés vers l'hôpital Wazir Akbar Khan. En revanche, j'ai vu un patient ayant une fracture du rachis, adressé pour une complication digestive par le service d'orthopédie de Wazir Akbar Khan.

4.5. Antibiotiques et perfusions

L'utilisation des antibiotiques en périopératoire m'a paru extrêmement éloignée des standards actuels de traitements, débutés à l'induction anesthésique et arrêtés au bout de 24 heures, sauf en cas de pathologie purulente. A Ali Abad, ils sont donnés uniquement en postopératoire et pendant longtemps, souvent 4 ou 5 jours, voire

plus. Je pense qu'il y a là une source de simplification des soins, d'économie et donc d'amélioration de la qualité qu'il importe d'explorer.

Il en est de même pour les perfusions, qui m'ont paru être poursuivies beaucoup plus longtemps qu'en France après certaines interventions simples (hernie, vésicule). Surtout, j'ai été surpris de voir que les malades perfusés ne pouvaient avoir un ionogramme de contrôle et que, par conséquent, les perfusions étaient prescrites de façon arbitraire par manque de moyens d'analyse biologique. Les malades reçoivent ainsi, soit du sérum glucosé à 5% sans électrolytes, soit du sérum salé à 9 ‰, soit parfois un soluté équilibré de type Ringer Lactate. Il y a dans ce domaine des améliorations possibles si le laboratoire de biochimie était mieux équipé.

4.6. La répartition des tâches

Les pansements sont tous faits par les médecins, je n'en ai jamais vu faits par des infirmières ou infirmiers. J'avais déjà noté cela dans le service du Professeur TAWANA. Le grand nombre de médecins en cours de spécialisation par rapport au nombre de lits explique peut-être cet état de choses.

5. LE BLOC OPERATOIRE

5.1. Les locaux opératoires et annexes

Ils sont, comme le reste de l'hôpital, vétustes mais bien entretenus. Les salles d'opération reçoivent la lumière du jour mais sont bien isolées de l'extérieur. La salle de lavage des instruments et de stérilisation est grande avec des stérilisateurs anciens. Je n'ai pas demandé de précisions sur les caractéristiques techniques des appareils ni sur les procédures de stérilisation.

5.2. Gros matériel, électricité et fluides

Les tables d'opérations sont anciennes, alors que les scialytiques sont récents. Il s'agit de scialytiques japonais mobiles qui fonctionnent bien, lorsque l'électricité fonctionne. Il n'y a pas de distribution de fluides médicaux ni de vide. L'oxygène est fourni par un appareil extracteur et le vide par un aspirateur électrique. Les pannes de courant sont fréquentes et les systèmes de secours ne fonctionnent que pour les extracteurs d'oxygène et pour l'aspiration, mais pas pour les scialytiques.

5.3. Lavage et habillage

Le lavage des mains se fait à l'eau courante et au savon, sans utilisation de produits bactéricides durant le lavage, mais avec trempage des bras dans l'alcool en fin de lavage. Les casaque et les champs sont en tissu de bonne qualité.

5.4. Les instruments

Il s'agit de dons récents et on ne peut qu'être désolé de voir qu'il s'agit d'instruments assez grossiers (très peu d'instruments fins) et surtout de qualité médiocre aux dires des opérateurs.

5.5. Les « consommables »

Les fils chirurgicaux sont essentiellement des fils de soie et de catgut chromé. Je suis étonné de l'utilisation de fils d'origine naturelle, dont on sait qu'ils sont plus chers que de nombreux fils synthétiques. Les aiguilles sont très souvent « à enfiler », et sont visiblement utilisées jusqu'à leur dernière limite.

5.6. Les opérateurs et les techniques

Je n'ai vu opéré en premier que le Professeur Adel et le Docteur Ansari. Il m'a semblé que les techniques étaient très différentes des nôtres. Il est vraisemblable que ceci ne fait que traduire la différence de lieu de formation. J'ai noté, en particulier, une utilisation très fréquente des voies paramédianes, totalement abandonnées en France depuis longtemps ; j'avais déjà noté en octobre l'absence d'utilisation d'écarteurs autostatiques, ce qui ne facilite pas l'exposition lorsque l'éclairage est défaillant. Les sutures digestives sont faites selon une technique que je n'avais jamais vue. Cela dit, je pense que les différences de technique opératoire ne sont pas ce qui est le plus important dans le résultat d'une intervention. Par contre, l'utilisation des drains et des sondes urinaires ou digestives est très fréquente, même pour des interventions où ils sont abandonnés en France depuis des années (hystérectomies, cholécystectomies). Outre le désagrément pour les patients, le coût de ces gestes n'est pas nul. En revanche, j'ai été très impressionné par le soin mis à rechercher une hémostase parfaite en fin d'intervention.

5.7. L'anesthésie

Il n'y a pas de médecins anesthésistes, mais des infirmiers qui font les anesthésies générales et les péridurales. Il y a des respirateurs modernes, mais qui fonctionnent, semble-t-il, de façon peu fiable à cause des difficultés d'approvisionnement en oxygène (débit faible et irrégulier des extracteurs ?).

6. LE DEROULEMENT D'UNE JOURNEE

6.1. Réunion du matin

La journée débute par une réunion de tout le service, où sont présentés tous les patients hospitalisés dans les 24 dernières heures, que ce soit de façon programmée ou en urgence. Le plus jeune des médecins qui étaient de garde présente de manière très stricte chaque patient. Si celui-ci a été opéré, un autre médecin de garde fait un compte-rendu de l'intervention. Cette présentation est suivie souvent d'une discussion, où chacun participe. J'ai été frappé par une liberté de parole à laquelle je ne m'attendais pas : les attitudes sont critiquées, même par les moins

âgés et chaque opinion est écoutée. Il n'y a pratiquement pas de clichés radiologiques et ceux que j'ai vus m'ont paru de qualité très moyenne, sans que je puisse dire si cela était dû à la prise des clichés ou à leur développement.

6.2. Visite

A la suite de cette réunion, la visite débute, suivie par tous les médecins du service. Elle est rapide, mais pas superficielle. Elle commence toujours par la salle de soins post-opératoires des hommes, puis continue dans les autres salles des hommes, puis le post-opératoire des femmes puis les autres salles de femmes.

Elle est le moment où les pansements sont faits, où les décisions de bloc ou de sortie sont prises. Les prescriptions sont faites sur des feuilles libres attachées en elles et laissées sur la table de chevet du patient. Elles sont validées tous les jours.

Pendant que la visite se termine, les opérés sont préparés, et les opérateurs vont au bloc, sans terminer la visite.

6.3. Interventions

Elles débutent vers 9 heures 30, et l'activité opératoire se termine entre 12 et 13 heures. Le programme est décidé la veille, mais les changements sont nombreux. Les blocs étant partagés ne sont pas disponibles tous les jours : il y a donc des jours où seul le bloc des femmes est disponible, d'autres où c'est celui des hommes, mais tout cela semble assez souple pour que la prise en charge des urgences ne soit pas retardée.

6.4. Conférences

Entre 14 et 15 heures, il est prévu de faire des conférences sur divers sujets. Je n'ai pas compris s'il s'agissait d'une pratique habituelle ou si c'était dû à mon passage. Vers 15 heures, les activités de jour s'arrêtent. Il me semble que c'est à ce moment-là que les médecins débutent leur activité en ville. Pour ce qui concerne le Professeur Adel, il repasse très souvent le soir, si j'en juge par le nombre de patients opérés en fin d'après-midi.

6.5. Gardes

Il y a 3 médecins de garde sur place pour le service, d'expérience professionnelle différente. J'ai eu l'impression que c'était plus proche du système américain (intern, junior resident, senior resident) que du système français (externe, interne, chef).

7. Activités d'enseignement

J'ai assuré trois « conférences » au cours de mon séjour, sur des sujets qui avaient tous trait à la pratique de la chirurgie en France. La demande du Pr Adel était effectivement de savoir ce que nous faisons actuellement.

- Le premier sujet traité a été « Les examens morphologiques dans les urgences abdominales ». L'utilisation de l'échographie est courante à Kaboul, y compris en urgence, et j'ai développé les différentes indications que nous avons de cet examen. J'ai également présenté les indications de la tomodensitométrie dont ils ont tous entendu parler, mais dont la plupart n'ont jamais vu un cliché. Mon exposé a abordé l'intérêt de cet examen dans les péritonites, les occlusions, la traumatologie et les pancréatites aiguës (cette pathologie est très rare en Afghanistan, malgré la grande fréquence de la lithiase biliaire). Les médecins du service sont très conscients que la mise à leur disposition d'un appareil de tomodensitométrie n'est sans doute pas proche, mais ils conçoivent l'importance de ce type d'examen, et veulent rester « au courant » des évolutions.
- Le deuxième sujet était « La chirurgie coelioscopique en pathologie digestive ». La problématique est la même que pour les examens morphologiques de type TDM ou IRM : la plupart des médecins présents n'ont jamais vu de coelioscopie. J'ai axé mon exposé sur les techniques les plus habituelles : cholécystectomie, cure de reflux gastro-œsophagien, cure des hernies de l'aine, colectomie. J'ai insisté sur le fait que ces techniques nécessitent un matériel de base cher et fragile, mais aussi des moyens techniques différents de la chirurgie classique et eux aussi coûteux : plaque de polypropylène pour les cures de hernie, agrafeuses automatiques pour les anastomoses digestives. Les questions posées par l'auditoire étaient nombreuses et pertinentes. Il faut noter que le médecin de l'ISAF (cf plus loin) a eu l'occasion de voir des équipes de pays aussi peu équipés développer une chirurgie coelioscopique de qualité.
- Le troisième sujet était « L'équilibre hydro-électrolytique des patients avant et après une intervention digestive ». J'ai choisi ce sujet à cause de son importance pour des chirurgiens qui n'ont pas la possibilité de collaborer quotidiennement avec des médecins anesthésistes (j'ai débuté mon internat en anesthésie-réanimation avant de « bifurquer » vers la chirurgie). J'ai fait un rappel des perturbations rencontrées au cours des occlusions et des péritonites, après un acte opératoire, quel qu'il soit et durant la période postopératoire. J'ai insisté sur la nécessité d'un apport d'électrolytes suffisant et du contrôle des perturbations par des dosages ioniques.

8. La collaboration avec les médecins français de l'ISAF

A la suite de longues discussions sur la prise en charge d'un patient ayant un cancer de l'œsophage, le Pr Adel m'a demandé s'il était possible que j'intervienne pour avoir un scanner à l'hôpital de l'ISAF. Je me suis mis en contact avec le Médecin-Colonel HERVÉ, chirurgien viscéral, qui était alors à Kaboul. Il m'a dit d'emblée être très intéressé par une collaboration avec des chirurgiens afghans et il est donc venu dans le service lors de mon dernier jour à Kaboul. Il a été, comme moi très impressionné par la qualité des médecins et par l'organisation. Il m'a dit qu'il lui semblait souhaitable qu'une telle coopération perdure. Sera-t-elle possible, compte tenu des changements fréquents des médecins militaires ? Ce serait, en tout état de cause, un des bons moyens de faire vivre une coopération chirurgicale franco-afghane.

9. Les enseignements de ce séjour

J'ai pu conforter l'opinion que je m'étais faite en octobre concernant les chirurgiens afghans : leur enthousiasme à reconstruire une médecine de qualité est soutenu par leur rigueur intellectuelle. La formation des plus âgés, qui a été faite avant l'arrivée des talibans, est bonne, même si leur formation technique est très différente de la nôtre. Avec des moyens très limités, ils arrivent à prendre en charge des patients ayant des pathologies graves, et leurs interventions ont des suites simples. De nombreux points de la prise en charge m'ont semblé dépassés, mais sans que cela ne porte gravement atteinte au résultat final. Il y a là un encouragement extraordinaire pour ceux qui veulent collaborer au développement du pays.

10. Les collaborations possibles futures

10.1. Des visites de médecins français en Afghanistan

La visite de médecins français en Afghanistan a, de toute évidence, un intérêt majeur pour nous permettre de nous rendre compte des conditions dans lesquelles les chirurgiens afghans travaillent. De leur point de vue, j'ai eu l'impression que la visite de médecins étrangers était perçue comme une preuve que nous portions intérêt à ce qu'ils ont vécu et à ce qu'ils vivent et qu'ils prenaient ces visites comme une des marques de la fin de leur isolement depuis 1978. Cela est perceptible dans l'intérêt qu'ils portent à ce qui se fait actuellement en France. C'est un bon moyen d'améliorer une compréhension mutuelle et la présence de médecins français dans les forces de l'ISAF peut être un des axes de ce type de collaboration.

10.2. Pour les seniors

Il paraît extrêmement utile de permettre à des chirurgiens seniors sélectionnés de faire des visites assez courtes (1 à 2 mois) en France pour voir ce qui se fait chez nous, en termes de prise en charge technique, mais plus encore en terme d'organisation des soins. C'est un moyen pour eux de voir que certaines dispositions organisationnelles sont possibles sans frais supplémentaires, voire en faisant des économies.

10.3. Pour les Juniors

Il est nécessaire de réfléchir à une collaboration entre la Faculté de médecine de Kaboul et les hôpitaux français. Ceux-ci disposent de la possibilité de former des chirurgiens en leur donnant des fonctions de responsabilité, en faisant Fonction d'Interne, dans le cadre de l'Attestation de Formation Spécialisée (AFS) ou de l'Attestation de Formation Spécialisée Approfondie (AFSA).

Pour les afghans, il serait souhaitable que des candidats soient sélectionnés à Kaboul sur leur désir de formation et sur leur connaissance déjà élémentaire de la langue française. Le problème de la langue doit, en effet, être résolu avant leur prise de fonction en France. Il faudrait que les organismes de formation à la langue française qui existent en Afghanistan et en France soient mis à contribution, avec un financement spécial qu'il conviendrait de définir.

Pour les hôpitaux français, il serait nécessaire de les sélectionner sur la base du volontariat et de vérifier qu'ils correspondent bien au but recherché. Il faut des services de chirurgie pas trop spécialisés, agréés pour la spécialité, ayant une réelle volonté d'enseignement. Si les services universitaires paraissent trop spécialisés pour une formation AFS, certains services non universitaires correspondent à ce but.

On pourrait envisager de former 1 à 2 chirurgiens par an sur une période de formation de 2 ans.

10.4. Le problème des publications sur papier ou électroniques

Les médecins afghans sont en manque cruel de littérature médicale. Plus que de livres, ils ont besoin de revues sur papier ou électroniques, dès que l'accès à Internet sera moins coûteux. Un abonnement à des journaux français de chirurgie serait utile, à condition qu'il soit pérenne. Il serait intéressant de trouver un moyen de financement pour de tels abonnements. Je pense en particulier au « Journal de Chirurgie », dont la ligne éditoriale est très didactique et qui peut s'adresser aux chirurgiens en formation, et aux « Annales de Chirurgie » qui est plus un journal de publication de travaux et qui peut intéresser les seniors.

10.5. La collaboration matérielle et organisationnelle

Outre la collaboration classique de fourniture de matériel, je pense qu'il serait intéressant de réfléchir avec les autorités afghanes sur la possibilité :

- de débiter dans les 2 à 3 ans qui viennent la chirurgie coelioscopique, en alliant une aide dans l'acquisition du matériel et une formation des opérateurs.

- de créer un centre de cancérologie dans ce pays où il y a, semble-t-il, une incidence importante de tumeurs et où il n'y a aucune possibilité thérapeutique autre que la chirurgie actuellement. Le regroupement à Kaboul, dans un seul centre, de moyens lourds pour développer la cancérologie donnerait la possibilité de traiter les malades de façon efficace.

Ce type de projets peut paraître absurde dans un pays où une proportion importante de femmes ne peuvent avoir une césarienne lorsqu'elle en ont besoin et en meurent. Il est cependant utile que les patients qui ont besoin de chimiothérapie ou de radiothérapie puissent être soignés sur place et ne soient plus envoyés au frais de leur famille en Iran ou au Pakistan. D'autre part, il ne faut pas minimiser l'effet de stimulation que des services « de pointe » peuvent avoir dans l'amélioration des autres services sanitaires

11. Conclusion

Au moment où la paix est retrouvée, l'Afghanistan a la chance d'avoir des hommes et des femmes de grande qualité qui sont prêts à se battre, malgré les difficultés matérielles personnelles et professionnelles, pour que la chirurgie universitaire à Kaboul soit rapidement une véritable chirurgie de référence pour le pays. Une coopération matérielle et surtout de formation et d'échanges intellectuels entre les hôpitaux français et l'hôpital Ali Abad est un moyen privilégié d'aide à cette action. Le rôle des hôpitaux non universitaires français me semble important car il s'agit d'hôpitaux à recrutement varié et non sélectionné comme dans les hôpitaux kaboulis, et les chirurgiens qui y travaillent ont des préoccupations qui se rapprochent des leurs.

Le Docteur Oberlin a effectué cette mission dans un cadre strictement privé. La Cellule Santé de l'Ambassade de France a facilité sa démarche en le présentant au Dr Exeer, Directeur de Ali Abad et en mettant un interprète à disposition du Dr Oberlin.

- Les constats et propositions appartiennent bien entendu à l'auteur -



Philippe Oberlin